

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1913-1914 — N° 150

RECHERCHES CLINIQUES
SUR LES
TUMEURS MÉLANIQUES
DE LA VULVE

—
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Juillet 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri MONESTIER

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Reims (Marne), le 10 janvier 1891



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine. 25
PARIS

1914

RECHERCHES CLINIQUES
SUR LES
TUMEURS MÉLANIQUES
DE LA VULVE



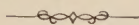
Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1913-1914 — N° 150

RECHERCHES CLINIQUES

SUR LES

TUMEURS MÉLANIQUES DE LA VULVE



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Juillet 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri MONESTIER

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Reims (Marne), le 10 janvier 1891



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE,
PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		BERARD.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale.		LÉPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		MOREAU.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.		LESIEUR.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		COURMONT (P.).
Pharmacologie.		ETIENNE MARTIN.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale.	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie.	LATARJET,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique.	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	LATARJET.	MOURIQUAND.	FRÉMONT.
COMMANDEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.).	THÉVENOT (Luc.).
NEVEU-LEMAIRE.	LERICHE.	GUILLEMARD.	PIERY.
LAROYENNE.	THEVENOT (Léon).	POLICARD.	COTTE.
VORON.	TAVERNIER.	GARIN.	DUROUX.
NOGIER.	CADE.	SAVY.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. A. POLLOSSON, Président; VILLARD, Assesseur;
MM. LAROYENNE et COTTE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Bien faible témoignage de ma
reconnaissance et de ma profonde
tendresse.

A MES PARENTS — A MES AMIS

A notre Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGUSTE POLLOSSON

*Professeur de clinique gynécologique.
Chirurgien de la Charité.*

Il a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse.

Nous lui exprimons notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait.

A MESSIEURS VILLARD, LAROYENNE ET COTTE

MEMBRES DE NOTRE JURY

Nous les remercions de l'honneur
qu'ils nous ont fait en acceptant de
faire partie de notre Jury.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUINET

*Médecin de l'Hôpital de Reims
Professeur de clinique interne à l'École préparatoire de Médecine
de Reims.*

Il guida nos premiers pas dans la
carrière médicale et nous en révéla
les beautés avec une patience infa-
tigable. Nous tenons à l'en remercier
ici.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TRIBOULET

Médecin de l'Hôpital Trousseau

Nous tenons à le remercier de la
bienveillance qu'il nous a toujours
témoigné.

A MES MAITRES

de l'Ecole de Médecine de Reims,
de la Faculté de Médecine de Paris,
de la Faculté de Médecine de Lyon,
de l'Ecole du Service de Santé militaire.

RECHERCHES CLINIQUES
SUR LES
TUMEURS MÉLANIQUES
DE LA VULVE

INTRODUCTION

Dans le cours de l'année dernière, un cas absolument net de tumeur mélanique de la vulve, se présenta à la Charité, dans le service de M. le professeur Auguste Pollosson.

Il manifesta le désir de nous voir faire, à l'occasion de cette observation, des recherches cliniques sur cette tumeur extrêmement rare des organes génitaux externes de la femme. Ce sont les résultats de cette étude que nous apportons ici.

Nous ne saurions assez lui témoigner notre profonde reconnaissance, pour la bonté avec laquelle il nous a accueilli dans son service.

Nous remercions aussi M. le chef de clinique Pellanda et M. Faujas, interne des Hôpitaux, qui voulurent bien nous aider de leurs conseils, et mirent à notre disposition, les principaux matériaux de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Si les tumeurs mélaniques cutanées sont connues et étudiées depuis très longtemps, celles qui frappent primitivement les organes génitaux externes de la femme, ne paraissent pas avoir attiré l'attention avant 1829. C'est en effet le premier cas que nous relevons dans la littérature médicale. Cruveihlier le cite dans son anatomie pathologique du corps humain. Bailly en publie un autre, en 1868, dans la « Gazette hebdomadaire » et s'étonne du silence des auteurs sur ce sujet : « Au premier abord, dit-il, il semble que la richesse en pigments des organes génitaux de la femme, doive donner à ce lieu d'élection une explication toute naturelle, et réprimer un étonnement trop facile ; mais si on parcourt les livres, les thèses, les observations particulières, on est frappé du silence des auteurs sur ce sujet. »

Dieterich qui en établit la statistique, jusqu'en 1887, trouve onze cas de tumeurs primitives de la vulve. Quelques cas sont publiés en France et surtout à l'étranger. Ces cas sont fort rares. En 1902 Fileux, dans sa thèse, en connaissait quinze. Meyer, dans les « Archives de gynécologie », en 1908, faisant une étude

de la question, en relate trente-huit observations. Bonnet, qui en parle, en 1910, dans sa thèse de Lyon « Mélanose et tumeurs mélaniques » a pu en relever 57 observations.

Pozzi enfin, dans son traité de gynécologie, leur consacre quelques lignes, en constatant leur rareté.

CHAPITRE II

Etiologie.

Les tumeurs mélaniques des organes génitaux externes sont très rares, par rapport à celles des organes génitaux internes, utérus et ovaires. Gurlt, sur 3.652 tumeurs de ces régions, en trouve seulement 89 appartenant primitivement à la vulve, soit une proportion de 2,5 pour 100.

Mais si l'on en recherche la fréquence, par rapport aux autres tumeurs de la vulve, on trouve qu'elle est considérable. Torggler donne comme statistique 38 %, Hinselmann 40 %. Cette fréquence n'est-elle pas sous la dépendance de la pigmentation plus accentuée des organes génitaux externes ? Nous l'examinerons tout à l'heure.

Le rôle de l'hérédité est aussi obscur que dans l'étiologie des autres variétés de tumeurs. Meyer, dans son observation, insiste sur ce fait que le père et le grand-père de sa malade étaient morts tous deux d'un carcinome.

OBSERVATION I

(MEYER. *Arch. für. Gyn.*, 1908)

Une femme de 45 ans, vierge, qui fut opérée en février 1904 pour un myome. A cette occasion on lui enleva l'utérus et l'an-

nexe gauche, l'ovaire gauche ayant subi une dégénérescence kystique totale. Les suites de l'opération furent apyrétiques, jamais la température ne dépassa 37 °8 et la patiente sortit vingt jours après l'opération.

A noter, dans les antécédents de la malade, que son père et son grand-père étaient morts d'un carcinome.

En octobre 1905, la malade, qui jusque-là s'était bien portée, commença à se plaindre de pertes douloureuses. A l'examen, on trouva à la partie interne de la petite lèvre droite, sur la muqueuse, une tache de la taille d'une pièce d'un franc, légèrement surélevée, ulcérée, de teinte noir verdâtre. La tumeur est mobile sur le plan sous-jacent, elle n'est pas douloureuse. Les ganglions inguinaux du côté droit sont augmentés de volume, indolores à la pression, mais avec des élancements douloureux spontanés. Le petit bassin est entièrement libre. On trouve, sur les grandes lèvres et sur d'autres parties du corps, de nombreux nævi pigmentaires.

L'opération est faite sous le couvert de la plus stricte asepsie, on enlève la tumeur avec la petite lèvre droite et le clitoris. Les ganglions inguinaux sont enlevés, on évide le triangle de Scarpa jusqu'à mettre à nu la fémorale et les nerfs.

La guérison survient rapidement et sans incidents. Mais, deux mois après, apparaissent des métastases ganglionnaires nouvelles, la cachexie s'installe et la mort survient six mois après la première opération. L'autopsie ne put être faite.

Les tumeurs mélaniques de la vulve paraissent être des affections de l'âge adulte. Ayant pu réunir quarante observations, nous avons fait une statistique au point de vue de l'âge d'apparition.

Pour dix cas nous n'avions aucun renseignement.

Nous relevons, pour les trente cas connus :

Au-dessous de 30 ans.....	1 cas
De 30 à 40 ans.....	3 cas

De 40 à 50 ans	5 cas
De 50 à 60 ans	9 cas
De 60 à 70 ans	9 cas
De 70 à 80 ans	3 cas

C'est donc entre 50 et 70 ans que ces tumeurs sont les plus fréquentes.

La puerpéralité joue-t-elle un rôle? Cela ne semble pas démontré. Dans l'observation qui a provoqué ce travail nous avons affaire à une nullipare. Meyer, dans son observation, dit que sa malade était vierge.

Nous avons recueilli, à ce point de vue, les antécédents connus de douze malades et nous avons trouvé :

- 3 nullipares
- 1 primipare
- 1 II-pare
- 1 III-pare
- 2 IV-pares
- 2 VII-pares
- 1 VIII-pare
- 1 IX-pare

Le silence même des auteurs à ce sujet est significatif. La constatation de nombreux accouchements, chez quelques unes de ces femmes, tient vraisemblablement à ce fait qu'elles ont, presque toutes, atteint leur ménopause, et vécu entièrement leur vie génitale:

On a cherché quel rapport pouvait exister entre la présence d'une tumeur mélanique et la présence antérieure d'un nævus. On ne relève que deux observations, où cette coexistence soit nettement notée.

Meyer aussi note chez sa malade des nævi sur diverses parties du corps.

OBSERVATION II

(PRECOTT, *Herwet Lancet*, 1861)

Femme de 59 ans. S'est découvert, 9 mois auparavant, une tumeur mélanique sur les deux grandes lèvres, tumeur qui semble être apparue sur une tache brune située depuis de longues années à cette place. L'accroissement rapide, les hémorragies, font porter un pronostic opératoire réservé. Deux mois après l'extirpation de la tumeur apparaissait une métastase et quatre semaines plus tard la mort survenait avec des symptômes méningés. On ne put savoir d'une façon sûre s'il s'agissait d'une métastase viscérale.

OBSERVATION III

(WIENER, *Dieses Arch.*, 1907)

Femme de 55 ans. Nullipare. Remarque depuis longtemps sur ses organes génitaux une sorte de verrue humide, qui se met à grossir avec rapidité et saigne facilement. Opération. Récidive au bout de 10 mois, suivie d'une nouvelle intervention.

Il semble bien difficile d'attacher, à l'existence antérieure de nævi, une importance réelle. La grande pigmentation des organes génitaux externes joue certainement, dans l'étiologie de cette affection, un rôle beaucoup plus important. C'est en augmentant cette pigmentation que, pour Hinselmann, la puerpéralité joue un rôle indirect. Il n'avait par contre rencontré le nævus que dans 2 pour 100 des cas.

La tumeur débute, la plupart du temps, par les grandes lèvres, les petites lèvres ou le clitoris. Sur

trente-trois observations, où ce début était mentionné, nous avons rencontré :

Petites lèvres.....	10 fois
Grandes lèvres.....	10 fois
Clitoris.....	9 fois
Urètre.....	2 fois
Mont de Vénus.....	1 fois
Indéterminé.....	2 fois

On a relevé à l'origine de deux tumeurs un traumatisme (chute sur une branche, sur le bord d'un lit). Il est difficile de se prononcer sur la valeur de celui-ci comme cause efficiente.

Il existe naturellement, chez les femmes, des causes particulières d'irritation locale, telles que le coït, la masturbation, les accouchements répétés. Fischer, dans une observation, note que sa malade présentait, depuis longtemps, d'abondantes pertes blanches.

OBSERVATION IV

(FISCHER, *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*)

Femme de 56 ans, qui découvre sur sa grande lèvre gauche, une tumeur mélanique qui saignait facilement. La malade présentait, depuis de nombreuses années, des pertes blanches. Les ganglions inguinaux sont augmentés de volume à gauche. Opération cinq mois après la date d'apparition. Récidive en quatre semaines, mort.

La malade de notre observation présentait, elle aussi, de nombreuses pertes blanches. Mais ces pertes sont tellement fréquentes, chez les femmes, qu'il semble

bien difficile de leur accorder une valeur autre que celle d'une prédisposition par irritation locale.

Enfin Schmitt rapporte une observation où la tumeur apparut, quatre mois après un accouchement.

OBSERVATION V

(SCHMITT, *Inaug. Dissert. Strassburg, 1897*)

Femme de 29 ans. I pare. Quatre semaines après un avortement ablation d'une masse spongieuse de la vulve. Quatre mois après débute, par des hémorragies qui anéminent la malade, une tumeur noirâtre de la petite lèvre. De la tumeur partent des métastases qui semblent dessiner une noire image de la tumeur. Opération accompagnée d'une grave hémorragie et mort en quatre semaines.

L'Étiologie des tumeurs mélaniques de la vulve, ne nous apprend en somme rien de spécial. Elle est obscure et banale comme celle de toutes les tumeurs. Nous y rencontrons, à côté des causes d'irritation banale, la puerpéralité qui joue peut-être un rôle un peu particulier en augmentant dans une mesure appréciable la pigmentation normale vulvaire.

CHAPITRE III

Symptomatologie.

Avant d'étudier en détail la symptomatologie des tumeurs mélaniques de la vulve, nous exposerons l'observation de la malade qui a provoqué cette thèse. Son histoire, classique dans son ensemble, nous permettra de grouper, avec plus de facilité, les différentes phases d'évolution de ces tumeurs.

OBSERVATION VI

(Personnelle. Service de Gynécologie. Charité)

M^{lle} Joséphine C. [REDACTED] née à Metz (Lorraine) le 28 octobre 1852. Agée de 61 ans. Profession de lingère.

Antécédents héréditaires : Aucun intérêt.

Antécédents personnels : Réglée à 18 ans. Elle a présenté à ce moment des érysipèles à répétition.

En 1877 elle a eu la petite vérole.

En 1910 elle présente un lupus du nez, pour lequel elle est soignée à Saint-Pothin. Elle en sort guérie, en apparence.

En 1911 elle présente une récurrence, de nouveau elle est soignée.

La récurrence guérit en laissant une légère rougeur à la partie antérieure du nez.

La malade a eu son retour d'âge en 1906, elle a présenté et présente encore de nombreuses pertes blanches.

Elle vient le 3 novembre dernier consulter, dans le service de

M. le professeur Auguste Pollosson, et raconte l'histoire suivante : Il y a 6 mois, en procédant à sa toilette, elle a constaté dans le pli inguinal gauche une tumeur grosse comme une petite fraise, tumeur dont elle put constater l'accroissement continu et qui l'empêcha bientôt de s'asseoir.

Il y a environ quatre mois elle remarqua appendue à la vulve, une petite tumeur de la grosseur d'un pois, tumeur saignant facilement au toucher. Mais à cette tumeur elle attache si peu d'importance, qu'elle vient consulter pour sa tumeur ganglionnaire ; depuis quelques jours en effet cette tumeur est devenue douloureuse.

La patiente, placée en position gynécologique, est examinée et on constate les lésions suivantes :

1° Une tumeur ganglionnaire inguinale gauche, volumineuse, avec empâtement ne permettant pas de délimiter les ganglions hypertrophiés. Cette tuméfaction, qui occupe à peu près une étendue de la surface de la main, est horriblement douloureuse.

A droite, nous trouvons aussi un petit ganglion hypertrophié, atteignant le volume d'une noisette.

2° En écartant les grandes lèvres, on voit, à la partie supérieure gauche de la vulve, une tumeur de la taille d'un petit œuf de poule, tumeur pédiculée, noire, saignant facilement, indolore. Le point d'implantation est juxta-clitoridien, intéressant la petite lèvre gauche. L'aspect macroscopique de cette tumeur est celui d'une tumeur mélanique de la vulve.

Horriblement douloureux, le toucher vaginal est impossible à pratiquer, on ne peut se rendre compte de l'état des ganglions profonds.

La malade, admise dans le service, est opérée le 5 novembre par M. le Chef de clinique Pellanda. Au thermocautère, il enlève la tumeur et, avec celle-ci, un lambeau d'épithélium de la muqueuse.

Les suites opératoires sont simples, apyrétiques, et la cicatrisation est rapide.

La masse ganglionnaire gauche a diminué, de tout l'élément inflammatoire, qui était sous la dépendance des résorptions

faites à la surface de la tumeur. On peut délimiter, à la partie inférieure du pli inguinal, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, et n'adhérant ni à la peau, ni au plan sous-jacent.

À droite, par contre, la tumeur qui n'était que du volume d'une noisette, continue à grossir, est, huit jours après l'intervention, de la taille d'un œuf de pigeon. On fait sur les ganglions, et sans résultats apparents, quatre séances de radiothérapie.

La tumeur droite est indolore, la tumeur gauche est très peu douloureuse.

Le 20 novembre, la malade quitte l'hôpital. L'état général est bon, mais les métastases ganglionnaires continuent à évoluer.

Le début de ces tumeurs est insidieux. Dans l'observation précédente, ce n'est pas la tumeur qui a attiré l'attention de la malade, c'est une métastase ganglionnaire, et c'est seulement 2 mois après qu'elle remarque une petite tumeur pédiculée appendue à la vulve. Cette tumeur ne lui inspire aucune inquiétude, et c'est seulement la douleur qu'elle ressent dans la masse ganglionnaire gauche qui l'incite à venir consulter. À l'examen elle ne parle que de cette masse, et il faut découvrir la tumeur mélanique.

D'autres fois, la malade a l'attention attirée par des pertes sanguinolentes ou sanglantes qui l'affaiblissent. Elle se plaint de ces pertes et on trouve une tumeur. Tel est le cas de Schmitt (*loc. cit.*), telle l'observation suivante :

OBSERVATION VII

(FRANCH, *Inaug. Dissert.* 1998).

Femme de 68 ans, III-pare. Elle souffre, depuis 9 mois, de pertes sanglantes et de douleurs dans le bas-ventre. On trouve, sur la grande lèvre droite, une tumeur pédiculée, dure, bosselée.

Les ganglions sont augmentés de volume. Deux mois après l'opération la malade se présente avec une tumeur noirâtre, du volume d'un noyau de cerise, située à l'entrée de l'urètre. Cette tumeur est considérée comme une récédive et opérée de nouveau. Une deuxième récédive survient rapidement dans le petit bassin, emportant la malade. A l'autopsie : métastases pulmonaires, cardiaques, noyaux dans la rate, dans les reins, dans les capsules surrénales, le foie. Microscopiquement, la tumeur fut reconnue pour un carcinome pigmenté.

La plupart du temps, les malades ont l'attention attirée par une petite tumeur noirâtre, de la grosseur d'une petite cerise, d'une noix, qui se trouve située, sur une petite lèvre, sur une grande lèvre, ou sur le clitoris, dans la majorité des observations. Cette tumeur est généralement indolente, si on signale des douleurs au début de l'affection, c'est que le clitoris ou l'orifice urétral sont touchés. (Franch, *loc. cit.*) et dans ces cas il y a des élancements douloureux dans le bas-ventre.

L'accroissement, lent et insidieux au début, ne gêne pas la malade et ne l'inquiète pas. Cet accroissement peut recevoir un coup de fouet brutal, comme dans le cas rapporté par Bailly.

OBSERVATION IX

(BAILLY, *Gazette hebdomadaire*, 1868)

Une femme de 72 ans, sans antécédents, en procédant à des soins de toilette génitale sent rouler sous ses doigts une petite tumeur, indolente, de la grosseur d'une lentille. Elle était légèrement colorée en noir violacé, et située dans la petite lèvre droite, à la partie supérieure et interne, près du clitoris; ultérieurement s'est développée, dans l'épaisseur de la petite lèvre gauche, une tumeur semblable.

La première tumeur, au moment de la découverte, était si petite et si indolente, que la malade ne s'en occupe même pas. Ceci se passait en septembre 1867. En mai 1868, l'accroissement de la tumeur devient d'une rapidité brusquement de jour en jour plus marquée ; elle s'ulcère en plusieurs endroits et laisse écouler un liquide filant, blanc au début puis jaunâtre. Chaque fois que la malade s'essuie quelques gouttes de sang apparaissent, elles viennent non pas de la tumeur, mais du clitoris probablement touché déjà et siège de douleurs lancinantes. La malade entre à l'hôpital le 19 mai. Dans les 8 jours qui ont suivi son admission, la tumeur a pris un développement si considérable, qu'elle obture complètement l'orifice vulvaire. Opération. La maladie récidive et la cachexie s'installe.

La tumeur a débuté dans un cas sur un nævus (Wiener *loc. cit.*), une autre fois sur des tâches brunes constatées depuis de nombreuses années (Precott. Herwett. *loc. cit.*). Dans aucune des autres observations on ne relève une origine spéciale. Ces tumeurs, de coloration allant de bleu verdâtre au noir le plus foncé, restent en général de taille moyenne. Mais elle s'ulcèrent vite, et laissent alors s'écouler un liquide blanc jaunâtre ou donnent lieu à des hémorragies qui peuvent être fort graves. Cette tendance aux hémorragies, est une des caractéristiques des tumeurs mélaniques. Ce sont des productions, très vascularisées, qui saignent au moindre contact. Les auteurs, qui se sont occupé de la question, le font constater dans presque toutes leurs observations ; nous l'avions remarqué chez notre malade.

Ces tumeurs donnent lieu à des symptômes particuliers dus, soit à leur point d'implantation, soit à leur mode d'accroissement. Dans l'observation de Bailly, la

tumeur donne lieu à des douleurs violentes dans le clitoris, plus tard elle obstrue entièrement, de sa masse, l'orifice vulvaire. Dans l'observation de Maas, nous trouvons de violentes douleurs à la miction.

OBSERVATION IX

(MAAS, *Inaug. Dissert.*, Halle, 1887).

Chez une femme de 70 ans, tumeur mélanique du clitoris apparue 3 ans auparavant. La malade se plaint surtout de violentes douleurs en urinant. La tumeur envahit les petites lèvres. Opération. Mort, deux mois après, avec des métastases.

Apparition insidieuse de la tumeur, souvent ignorée avant celle des complications, accroissement plutôt lent, susceptible pourtant de poussées brusques, ulcération précoce avec tendance aux hémorragies spontanées dues aux localisations, tels sont les principaux symptômes de la tumeur au début. Rapidement le tableau se complète et s'aggrave. En effet, la tumeur ne tarde pas, et c'est cette tendance qui la range parmi les plus malignes de l'organisme, à donner des métastases ganglionnaires, dans les lymphatiques de la région atteinte, et viscérales.

Dans notre observation, c'est une métastase ganglionnaire qui a frappé tout d'abord l'attention de la malade. Dans 25 observations où ces métastases sont étudiées, elles sont apparues soit dans les premières semaines, soit dans les premiers mois. Dans quatre cas seulement l'opération fut tentée, alors qu'aucune masse ganglionnaire n'était macroscopiquement intéressée. Ces métastases se font tout d'abord dans les ganglions

inguinaux en rapport avec la région siège de la tumeur, puis le côté opposé se prend à son tour. Enfin, le petit bassin est envahi, les ganglions lombo-aortiques dégénèrent. Ces métastases sont souvent douloureuses, alors que la tumeur ne gêne en rien la malade, il peut dans ce cas y avoir un élément inflammatoire, en rapport avec une infection ayant pour porte d'entrée la surface ulcérée de la tumeur. Ces métastases précoces ne sont pas seulement ganglionnaires, la tumeur s'étend rapidement et envahit la vulve entière, soit en continuité, soit en contiguïté.

Les tumeurs opérées récidivent avec la plus grande facilité. Bien rares sont les cas de guérison, ou plutôt de longue survie; nous les étudierons en parlant du pronostic. Dans la plupart des cas, les malades voient tous leurs organes envahis par des métastases, qui vont siéger dans le poumon, le foie, la rate, les organes abdominaux et jusque dans le cerveau.

Quand les métastases ganglionnaires préopératoires ont été enlevées avec la tumeur, elles ne tardent pas à récidiver, ou bien il en apparaît de nouvelles. Dans les rares cas où les ganglions paraissaient indemnes lors de la première intervention, ils n'ont pas tardé à dégénérer à leur tour. Hækel rapporte un exemple typique des métastases sur la vulve et les ganglions.

OBSERVATION X

(HÆCKEL, *Dieses Arch*, Bd. 32).

Une femme de 69 ans, de belle apparence et vigoureuse. Examinée le 9 avril 1887. Onze mois avant l'examen elle s'était aperçue de la présence sur les organes génitaux externes d'une petite tumeur qui grossit peu à peu.

Cinq mois plus tard les ganglions inguinaux du côté gauche s'engorgèrent et cinq mois après ce fut le tour des ganglions inguinaux du côté droit. La malade n'accusait qu'une sensation de plénitude du vagin. Il y avait une tumeur de la grosseur du poing d'un enfant, de couleur noir bleu, striée de blanc, qui comprenait la totalité de la petite lèvre gauche, le clitoris et la portion secondaire de la petite lèvre droite et qui, par sa disposition, rappelait celle d'un fer à cheval à branches inégales. Le néoplasme qui tranchait vivement, par sa coloration, sur les tissus environnants, se prolongeait sur la grande lèvre gauche et aussi sur la grande lèvre droite.

Dans la profondeur du mont de Vénus on sentait les deux corps caverneux du clitoris infiltrés. Dans l'aîne gauche une masse du volume d'une prune constituée par des ganglions tuméfiés.

Sur le corps ni nævi, ni pigmentations anormales. Opération. Extirpation de toute la masse vulvaire et des ganglions infectés. Cicatrisation lente. Mais la cachexie s'installe avec ascite et ictère. La mort survient cinq mois après l'opération.

Citons quelques symptômes particuliers dus aux métastases viscérales. Les malades, qui ont leurs poulmons envahis, expectorent des crachats noirs renfermant des débris néoplasiques et du pigment. A la phase de cachexie on peut aussi trouver du pigment noir dans les urines, qui prennent alors une teinte noirâtre caractéristique. Torggler en rapporte un exemple.

OBSERVATION XI

(TORGGLER, *Monat. für. Geb. und Gyn.*, 1900)

Une femme de 54 ans souffre depuis 8 mois de douleurs à la miction. Sur la grande lèvre droite se trouve une tumeur pigmentée de la grosseur d'une orange. La petite lèvre droite est d'une couleur marbrée. La petite lèvre gauche est infiltrée. On

trouve des noyaux marbrés dans le clitoris. On trouve de la mélanine dans les urines. Les ganglions inguinaux sont infiltrés. La tumeur est extirpée, mais il est impossible de faire une cure radicale des métastases. La mort arrive quatre jours après l'intervention.

La symptomatologie des tumeurs mélaniques de la vulve est en somme assez banale. Elle présente cependant deux points particulièrement importants : la grande tendance aux hémorragies et la fréquence des métastases précoces, et ces particularités sont de la plus grande importance, pour le pronostic et pour le traitement.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique.

Macroscopiquement, la tumeur mélanique de la vulve se présente au début soit comme une tache foncée, soit comme une masse plus ou moins régulière, pédiculée la plupart du temps, de la grosseur d'un pois, d'une noix, d'un poing d'enfant. Ces masses sont noires ou bleu verdâtre, uniformes ou striées de blanc.

Rapidement elles s'ulcèrent, laissent s'écouler un liquide filant, sanguinolent ou sanglant. Elles saignent au moindre contact.

Si on pratique dans la tumeur des coupes qu'on colore au picro-carmin et qu'on examine au microscope on trouve des cellules néoplasiques bourrées d'un pigment noir.

Quelle est la nature de ce pigment, quelle est l'origine de la tumeur ?

On l'a longtemps appelée sarcome, on en a fait une tumeur du tissu embryonnaire non encore différencié.

Pour M. Bard, les cellules formant les tumeurs dites sarcomes sont les cellules de même nature que le tissu d'origine de ces tumeurs, mais elles sont restées au stade embryonnaire.

M. Tripier et l'Ecole de Lyon admettent la première partie de cette affirmation. Mais ils n'en admettent pas la totalité. « Toute cellule continue à évoluer normalement ou anormalement sans conserver un état stationnaire. »

Cette théorie semble à l'heure actuelle la seule vraie. En examinant, sur les coupes de telles tumeurs, les parties situées entre ces éléments et ceux de la substance restée saine, on trouve des transitions qui permettent de constater, à la fois, que ces cellules ont pour origine celles de la substance saine, et qu'elles résultent de modifications graduellement produites.

Etudiant le cas particulier des tumeurs mélaniques, M. Tripier, dans son *Traité d'Anatomie Pathologique*, s'exprime de la façon suivante : « Si nous examinons par exemple les sarcomes mélaniques de la peau, nous voyons qu'ils sont parfois désignés sous le nom de carcinomes. En effet, certaines tumeurs présentent au milieu du stroma conjonctif de nombreuses cavités d'un volume variable, et qui sont remplies de cellules ; d'où le nom, attribué à ces tumeurs, de sarcome alvéolaire ; tandis que d'autres tumeurs, n'offrent que des amas cellulaires, peu volumineux et plutôt des cellules irrégulières, réparties entre les fibres conjonctives à la manière des carcinomes. Mais ce qu'il y a de non moins positif, c'est que, sur toutes les tumeurs, on trouve à la fois des points ayant les caractères du sarcome et ceux du carcinome, avec des cellules qui sont évidemment de même nature. Le noyau de ces diverses cellules est identique. Il en est de même du protoplasme cellulaire dont le volume varie seulement suivant le développe-

ment que ces cellules ont pu prendre. Mais sur les unes et sur les autres on peut trouver, çà et là, des traces du pigment noir, qui ne laissent aucun doute sur leur identité. On en trouve aussi dans les cellules dites conjonctives, ce qui complète l'identité de nature de ces cellules avec celles qui forment les masses néoplasiques, et avec celles de Malpighi devenues anormales, et également pigmentées.

On peut voir, en effet, que ces cellules ont le même aspect que les cellules de Malpighi, au point de vue du noyau et de la substance protoplasmique dont la quantité et la forme sont seulement variables. Mais on y trouve aussi des granulations pigmentaires, surtout au niveau des cellules basales et des cellules polygonales avoisinantes; d'autres fois, au niveau du stratum granulosum. Du reste, la couche de Malpighi est ordinairement augmentée de volume et plus ou moins déformée au niveau des altérations sous-jacentes. Enfin on ne rencontre pas de tumeurs malignes primitives de cette nature en dehors de la peau et de l'œil. »

On peut donc se rendre compte que les productions désignées sous le nom de sarcomes mélaniques sont de même nature que celles appelées carcinome mélanique et que les unes et les autres ne résultent que de modifications anormales, survenues, en un point déterminé, dans la nutrition et la rénovation d'éléments cellulaires habituellement pigmentés à un moindre degré.

Pour Monsieur le Professeur Tripier et l'Ecole de Lyon, le sarcome tumeur du tissu embryonnaire n'existe pas. Il n'y a que des tumeurs très atypiques à cellules semblables à celles du tissu d'origine. Les

sarcomes mélaniques sont des épithéliomas, les grains noirs sont de même nature que les pigments rencontrés dans les cellules de la peau et de la rétine.

Si on examine les métastases ganglionnaires, on trouve les ganglions augmentés de volume, remplis de cellules à pigments noirs. Meyer (*loc. cit.*) a trouvé à la coupe d'un amas ganglionnaire, à l'intérieur d'une coque fibreuse, un amas caséeux noirâtre dû à une véritable fonte de ces ganglions.

Voici ce qu'a trouvé Müller à l'autopsie d'une de ces malades morte d'une tumeur mélanique du clitoris.

OBSERVATION XII

(MULLER, *Ann. Gyn.*, 1881)

A l'autopsie d'une femme morte douze jours après l'ablation d'une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie qui comprimait le clitoris, on trouve des tumeurs mélaniques dans le cerveau, les pounons, le péricarde, le foie, la rate, les reins, le cul de sac retro-utérin, la vessie, le jejunum, la trachée, les ganglions mésentériques, rénaux, inguinaux.

Taylor rapporte un cas de mort par métastase cérébrale.

CHAPITRE V

Pronostic.

Le pronostic des tumeurs mélaniques de la vulve est très mauvais. Ce sont des affections presque fatalement mortelles. « Poser ce diagnostic, c'est prononcer une sentence de mort affreuse et inévitable », écrit Eiselt en 1861. Il n'existe pas de tumeur qui s'étende de tous côtés avec autant de rapidité, et surtout il n'en est aucune qui donne d'une façon aussi précoce des métastases ganglionnaires ou viscérales.

Dans notre observation, la malade se présentait avec une tumeur du volume d'une petite noix, et cependant cette tumeur pédiculée, qui semblait tenir à peine, devoir s'opérer avec facilité et succès, avait déjà donné des métastases qui avaient envahi les deux régions inguinales et le petit bassin. C'est donc bien cette facilité à faire des métastases qui donne à ces tumeurs une grande partie de leur malignité.

Les statistiques attestent cette tendance maligne. Ayant étudié, avec Meyer, ce qu'étaient devenus 38 cas de sarcomes mélaniques de la vulve, nous avons obtenu les résultats suivants jusqu'en 1908 :

22 cas étaient morts.

1 vivait avec une tumeur inopérable.

Et sur ces morts nous notons :

1 mort après quatre ans ;

1 mort après deux ans ;

1 mort après quatorze mois ;

et tous les autres cas dans un espace de temps qui varie de quelques jours à dix mois avec une majorité de cinq à six mois.

Enfin six cas paraissaient guéris à cette époque. Mais nous savons, en matière de cancer, les réserves qu'il faut faire quant aux cas de guérisons définitives.

OBSERVATION XIII

(MÜLLER, *Wochensch.*, 1881)

Femme de 33 ans qui présente à 1 cent. du clitoris sur la partie interne de la petite lèvre une tumeur de la grosseur d'une noisette, tumeur formée d'un tissu noirâtre. Les ganglions paraissent indemnes. Trois ans après l'intervention la malade paraissait guérie.

OBSERVATION XIV

(GOTHE, *Centralblatt. f. Gyn.*, 1881)

Nullipare. Tumeur noirâtre ulcérée superficiellement, située sur les petites lèvres gauche et droite. La tumeur a débuté deux ans avant l'opération. Cinq mois après l'intervention on ne note aucune récurrence.

OBSERVATION XV

(FISCHER, *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*)

Femme de 54 ans qui présente une tumeur mélanique de la vulve. Vingt ans après une autre tumeur apparaissait dans le pli inguinal gauche. Douze ans plus tard on ne note pas de récurrence.

Microscopiquement, il s'agissait d'une tumeur mélanique de la vulve.

OBSERVATION XVI

(LANGSDORFF, *Inaug. Dissert.*, 1890)

Tumeur mélanique de la vulve à début clitoridien chez une femme de 48 ans. Début depuis six semaines. Ganglions augmentés de volume. Opération portant sur la tumeur et sur les ganglions. On n'a pas connaissance d'une récidive.

OBSERVATION XVII

(ROSENBAUM, *Inaug. Dissert.* Kiel, 1901)

Femme 49 ans, VIII-pare. Remarque en juillet 1899 une tuméfaction dure ganglionnaire. Un médecin est consulté parce que les ganglions inguinaux du côté droit sont devenus douloureux. En juillet 1900 on trouve à l'orifice urétral une tumeur noire, ulcérée, saignante, de la grosseur d'un œuf de poule. La plus grande partie de la petite lèvre et le clitoris presque entier sont envahis. Les ganglions inguinaux droits sont augmentés de volume. Extirpation de la tumeur et des ganglions. 6 mois après l'intervention il n'y avait pas de récidive.

Le microscope révéla une tumeur mélanique du clitoris.

OBSERVATION XVIII

(PIOLLET, *Gazette des Hôpitaux*, 1902)

Femme nullipare de 64 ans. Ménopause depuis quatorze ans. Elle a remarqué cinq ans auparavant une tumeur non douloureuse siégeant sur la petite lèvre droite et qui saignait facilement. Ablation de la tumeur. Un an et demi après survenait une hémorragie, on trouvait une tumeur mélanique du capuchon clitoridien. Aucune métastase ganglionnaire. Nouvelle opération. Guérison de durée inconnue.

Enfin, Meyer (*loc. cit.*) rapporte le cas d'une femme dont la guérison remontait à neuf ans. Cette femme fut

opérée trois fois à Berlin. On enleva les ganglions inguinaux et rétro-péritonéaux. La dernière opération remontait à 1899.

Ce cas unique de guérison probable d'une tumeur mélanique de la vulve montre que les faibles chances, que peut avoir une malade de guérir, résident dans l'ablation totale de la tumeur et surtout de tous les lymphatiques tributaires de la région atteinte. Toute tumeur, où l'ablation complète des métastases est impossible, comporte un pronostic fatal dans un délai de six mois environ. Et ceci est très fréquent. La plupart du temps les malades ne s'inquiètent pas d'une tumeur du volume d'une lentille ou d'un pois qui ne les gêne nullement. C'est seulement quand cette tumeur devient douloureuse, donne des métastases, qu'ils viennent consulter. Elles sont alors souvent inopérables en totalité. On doit se contenter d'une opération palliative et la maladie n'en évolue pas moins vers la cachexie et vers la mort.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

Le diagnostic des tumeurs mélaniques de la vulve ne présente aucune difficulté. La coloration caractéristique de la tumeur, l'ulcération précoce permettent de faire macroscopiquement le diagnostic.

Le prélèvement d'un fragment de la tumeur et son examen microscopique lèveront tous les doutes en faisant reconnaître les grains de mélanine dans la trame de l'épithélioma.

On recherchera la mélanine dans l'urine. Celle-ci, dans certains cas de tumeurs mélaniques, prend une coloration noire, soit à l'émission, soit au repos à l'air, plus souvent sous l'influence de certains réactifs parmi lesquels il faut retenir comme les plus pratiques : l'acide azotique à chaud et le perchlorure de fer.

Ces réactions possèdent une certaine valeur diagnostique et pronostique ; c'est un signe tardif, variable d'intensité, augmentant avec les progrès de la généralisation.

Il indique l'existence d'une métastase viscérale sans permettre sa localisation à une branche de l'arbre urinaire.

La mélanémie est aussi un signe inconstant et tardif

mais qui possède une grande valeur comme symptôme de généralisation.

Positive, elle se traduira dans le sang des malades par les caractères suivants :

a) Diminution des globules rouges, souvent due à des hémorragies récentes et traduisant seulement de l'anémie.

b) La polynucléose assez constante.

c) La présence rare de leucocytes mélanifères.

En passant on éliminera l'ulcus rodens, les tumeurs variqueuses et phagédéniques, l'éléphantiasis.

Le diagnostic ne se bornera pas à la tumeur ; les métastases ganglionnaires seront recherchées.

Nous avons vu que ce sont elles qui donnent à la tumeur son caractère de malignité. Elles seront donc dépistées avec soin et le chirurgien appréciera leur mobilité et leur facilité d'excision. C'est la possibilité de faire ou non l'ablation des métastases qui permettra de poser et les indications opératoires et le pronostic ultérieur.

CHAPITRE VII

Traitement.

Il est uniquement chirurgical, et pour espérer une guérison totale il faut que l'exérèse soit aussi complète que possible.

Les cautérisations à l'air chaud ne sont que des moyens palliatifs et qu'il faut repousser.

Il faut extirper largement la tumeur au bistouri et enlever systématiquement les ganglions inguinaux.

Mais si la tumeur est inopérable, il faut alors éviter toute cause capable de l'irriter, d'activer son évolution, de la compliquer d'hémorragies ou d'infection. N'employer ni thermocautère ni caustiques. On se contentera de panser la tumeur avec des poudres inertes et on traitera les hémorragies.

On ne craindra pas de donner contre les douleurs, qui peuvent être atroces, de fortes doses de morphine.

Dans notre observation des applications de rayon X furent essayées sans succès sur les ganglions dégénérés.

CHAPITRE VIII

Observations diverses.

OBSERVATION XIX

(KLOB, 1864)

Carcinome mélanique chez une vieille femme. Mort.

OBSERVATION XIX *bis*

(FERGUSON, *Lancet*, 1851)

Tumeur ulcérée saignante du mont de Vénus. La tumeur est opérée. Deux ans après, récidive dans les ganglions inguinaux. Ils sont enlevés à leur tour.

OBSERVATION XX

(BLÜMKE, *Inaug. Diss. Salle*, 1891)

Femme de 71 ans IX-pare. Depuis 6 mois, tumeur mélanique de la grande lèvre droite envahissant le clitoris, la petite lèvre gauche et le mont de Vénus. Les ganglions inguinaux sont envahis. Opération sans ablation des ganglions. Quatre mois après, récidive locale.

Malgré une opération, on note une deuxième récidive 4 semaines après. Mort 9 mois après la première opération.

OBSERVATION XXI

(KAPOSI, *Tapelwerk*, 1874)

Tumeur mélanique du clitoris chez une femme de 37 ans, ganglions envahis. Ablation simplement de la tumeur au thermocautère. Mort 15 jours après. A l'autopsie, métastases dans tous les organes.

OBSERVATION XXII

(HORN, *Monatsch. f. Geb. und Gy.*, 1896.)

Femme de 49 ans. VII-pare. Opérée 4 semaines après l'apparition d'une tumeur des organes génitaux ayant déjà une métastase. Ablation de la tumeur et des métastases. Récidive au bout de 14 mois dans les ganglions inguinaux à gauche et mort un mois et demi après son apparition.

OBSERVATION XXIII

(REDD, *Am. journal of obstetric.*)

Femme de 67 ans qui présente une tumeur de l'urètre. Après deux récidives opérées, la mort survient 7 mois et demi après la première opération.

OBSERVATION XXIV

(TAYLOR, *Annales de gy. et d'obstétrique.*)

Femme avec une tumeur de la vulve. Tumeur opérée. Récidive dans le cerveau. Mort.

OBSERVATION XXV

(ZIMMERMANN, *Inaug. Diss.*, 1889.)

Femme de 41 ans qui présente une tumeur de la grande lèvre gauche. Opérée 4 fois en 3 mois. La mort par métastases multiples survient un mois après la dernière intervention.

OBSERVATION XXVI

(BALFOUR MARSHALL, 1898.)

Femme de 57 ans. III-pare. Tumeur du clitoris avec noyaux pigmentés dans la grande et la petite lèvre. Infiltration ganglionnaire. Opération. Suites opératoires inconnues.

OBSERVATION XXVII

(CHURCHILL.)

Femme de 51 ans. 7 enfants. Tumeur clitoridienne opérée.

OBSERVATION XXVIII

(SIMON.)

Femme de 51 ans. 2 enfants. Remarque sur sa petite lèvre droite une petite tumeur noirâtre qui grossit lentement. Les ganglions sont envahis. 5 mois après, tumeur pigmentée de la grande lèvre droite. Opération comprenant l'ablation de la tumeur et les masses ganglionnaires infectées. 9-10 mois après l'opération, la mort arrive. Elle est due à une récurrence locale et à des métastases multiples.

OBSERVATION XXIX

(KÜSTNER, 1904.)

Femme de 65 ans qui présente une tumeur mélanique de la taille d'un noyau de cerise située à l'entrée de l'urètre. Nombreuses métastases abdominales qui sont inopérables. On se contente de ponctionner l'ascite consécutive aux tumeurs et d'extirper la tumeur urétrale.

OBSERVATION XXX

(CRUVEILHIER, *Anal. path. du corps humain*, 1829.)

Chez une femme de 60 ans on trouve des tumeurs mélaniques sur les petites lèvres et dans le corps de nombreuses métastases ganglionnaires.

OBSERVATION XXXI

(JAHN, *Inaug. Dissert.*, Munscher, 1902.)

Femme de 37 ans. Accouchée. Tumeur de la vulve avec métastases ganglionnaires. Tumeurs dans les deux seins. Ablation de la tumeur vulvaire et des ganglions. Mort rapide.

OBSERVATION XXXII

(BEHREND, 1874.)

Femme de 37 ans. IV-pare. Tumeur du clitoris. Opération et mort quinze jours après.

CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs mélaniques de la vulve, rares si on les compare à celles qui frappent les organes génitaux internes, sont fréquentes au contraire, si on les envisage par rapport aux autres tumeurs des organes génitaux externes.

II. — Cette fréquence est due vraisemblablement à la grande pigmentation des organes génitaux externes.

III. — L'étiologie ne présente rien de particulier. Seule la puerpéralité a peut-être une influence prédisposante en augmentant la pigmentation vulvaire.

IV. — La tumeur débute d'une façon insidieuse, elle est quelquefois révélée uniquement par ses complications. Ce début se fait plus souvent sur les parties différenciées de la vulve.

V. — La lenteur ordinaire d'accroissement fait contraste avec la rapidité, la fréquence et l'étendue des métastases ganglionnaires et viscérales.

VI. — Ces tumeurs, appelées généralement sarcomes, sont en réalité des épithéliomas très atypiques. Les

pigments noirs paraissent devoir être assimilés aux pigments normaux de la peau et qui se retrouveraient en plus grande abondance dans les cellules néoplasiques.

VII. — Le diagnostic, généralement, ne présente aucune difficulté.

VIII. — Le pronostic est très mauvais. Les tumeurs récidivent presque toujours dans les six mois. La mort arrive par cachexie ou par des complications.

IX. — Le traitement, pour les tumeurs opérables, sera aussi radical et aussi précoce que possible : ablation de la tumeur, ablation systématique des ganglions inguinaux au moindre soupçon de propagation. Dans les tumeurs inopérables, on évitera toute cause d'infection, d'irritation ou d'hémorragie. La morphine calmera les souffrances des malades.

Vu :

Vu :

Le Président de la Thèse,

Le Doyen,

A. POLLOSSON.

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 3 juillet 1914

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BAILLY. — *Gazette hebdomadaire*, 1868.
- BALFOUR-MARSHALL. — Un cas de sarcome mélanique du clitoris, 1898.
- BEHREND. — Trois cas de tumeurs du clitoris. INAUG-DISSERT, 1874.
- BERIEL. — Précis d'anatomie pathologique.
- BONNET. — La mélanose et les tumeurs mélaniques. Thèse de Lyon, 1910-11.
- BORST. — *Die Lehre den Geschwulsten*, 1902.
- BOYER. — Le cancer primitif de la vulve. Thèse, Paris, 1908.
- CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique du corps humain. Paris, 1829.
- DAURIAC. — Du cancer primitif de la région clitoridienne. Thèse de Paris, 1887-1888.
- FERGUSSON. — Recurrence of mélanotic tumor. *Lancet*, 1851.
- FAURE et SIREDEY. — *Traité de gynécologie*, 1911.
- FILEUX. — Des tumeurs malignes primitives de la vulve. Thèse Paris, 1901.
- FORGUE. — Pathologie externe, 1902.
- GEUNER. — *Annales de Gynécologie et d'accouchements*, 1882.
- GOET. — Tumeur pigmentaire des organes génitaux externes. 1881 *Centralblatt f. gyn.*
- HORN. — Zur kenntniss primærer Scheidensarkome bei Erwachsenen, 1896.
- HERTEL. — Des mélanosarcomes des organes génitaux de la femme. *Inaug. Dissert.*, 1906.
- HEINSELMANN. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes pigmentaires de la vulve. *Zeitschr. f. G. u. G.*, 1908.
- IAHN. — Un cas de mélanosarcome de la vulve. *Inaug.-Diss.*, 1902.
- KLOB. — Anatomie pathologique des organes génitaux de la femme, 1864.
- KÜSTNER. — *Lehrbuch der gynæcologie*, 1904.

- KOLL. — Un cas de carcinome primitif de la vulve avec métastases, 1899.
- LANGSDORFF. — Tumeurs des organes génitaux externes de la femme. *Inaug-Dissert*, 1890.
- LAFLEUR. — *Montred Med. Journal*, 1888.
- LASSAR. — *Journal de dermatologie*. t. I., 1894.
- LAENNEG. — *Bull de la Faculté de Médecine de Paris*. N° 2, 1806.
- MEYER. — Des tumeurs mélaniques, des organes génitaux externes. *Archives de Gynécologie*, 1908.
- MASS. — Neber die Malignität der carcinome und sarkome an den ausseren weiblichen genitalien, 1887.
- MULLER. — Zur Casuistik der Neubildung an den Aüsseren weiblichen genitalien. *Berliner Klin-Wochenschr*, 1884.
- PIOLLET. — Tumeur mélanique de la région clitoridienne, 1902.
- PRECOT-HERWET. — Melanosis of the labium and glands. Of the groins and nubes. *Lancet*, 1864.
- POZZY. — *Traite de gynécologie*.
- RULBERT. — *Geschwulstlehre*, 1904.
- ROSENBAUM. — Mélanome de la vulve. Un cas de Mélanosarcome du clitoris. *Inaug-Diss-Kiel*, 1904.
- SCHMITT. — Tumeurs vulvaires. — *Inaug-Diss*, 1897.
- SADLER. — *Fortschritte der Medizin*, 1894.
- STRAUSS. — *Annales de la Charité*, 1898.
- SIMON. — Deux cas de tumeurs malignes de la vulve, 1902.
- TERRILLON. — *Annales de gynécologie*, 1886.
- TORGGLER. — Des sarcomes mélaniques des organes génitaux externes. *Monatschrift f. G. u. G.*, 1900.
- TORGGLER. — Ueber melanosarkom der Weiblichen Schamtheile. *Monatschrift f. Geburtsh. u. Gyn.*, 1906.
- TRUPIER. — *Traité d'anatomie pathologique*.
- UNNA. — *Histologie des maladie de la peau*, 1894.
- WIENNER. — Un mélanosarcome de la vulve, 1907.
- ZIMMERMANN. — Contribution à l'étude clinique des tumeurs pigmentaires, 1889.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Historique.	11
CHAPITRE II. — Etiologie.	13
CHAPITRE III. — Symptomatologie	19
CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique.	28
CHAPITRE V. — Pronostic	32
CHAPITRE VI. — Diagnostic	36
CHAPITRE VII. — Traitement.	38
CHAPITRE VIII. — Observations diverses	39
CONCLUSIONS.	43
BIBLIOGRAPHIE	45

